UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 6

**FACULTÉ DE MEDECINE**

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# OBÉSITÉS DOULOUREUSES

## THÈSE

**Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier**

**Le 23 Décembre 1911**

PAR

**Mme Rebecca-Lame TOPOROFF**

Née à Sébastopol (Russie), le 20 septembre 1881

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

**Examinateurs de la Thèse**

VIRES, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur
LAGRIFFOUL, Agrégé
LEENHARDT, Agrégé

*Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MONTANE, SICARDI ET VALENTIN
Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# OBÉSITÉS DOULOUREUSES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 6

**FACULTÉ DE MEDECINE**

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# OBÉSITÉS DOULOUREUSES

## THÈSE

**Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier**

**Le 23 Décembre 1911**

ACAD.
LUGD BAT.
BIBL.

PAR

**Mme Rebecca-Lame TOPOROFF**

Née à Sébastopol (Russie), le 20 septembre 1881

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

**Examinateurs de la Thèse**

VIRES, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur
LAGRIFFOUL, Agrégé
LEENHARDT, Agrégé

*Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MONTANE, SICARDI ET VALENTIN
Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1911

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD. . . . . SECRÉTAIRE

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Clinique médicale | MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseignt de path. et thérap. génér. |
| Clinique chirurgicale | TEDENAT (✲) |
| Clinique médicale | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerv. | MAIRET (✲). |
| Physique médicale | IMBERT. |
| Botanique et hist. nat. méd | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale | FORGUE (✲) |
| Clinque ophtalmologique | TRUC (✲). |
| Chimie médicale | VILLE. |
| Physiologie | HEDON. |
| Histologie | VIALLETON. |
| Pathologie interne | DUCAMP. |
| Anatomie | GILIS (✲). |
| Clinique chirurgicale infantile et orthop. | ESTOR. |
| Microbiologie | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique | BOSC. |
| Hygiène | BERTIN-SANS (H.) |
| Pathologie et thérapeutique générales | RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la Clinique médicale. |
| Clinique obstétricale | VALLOIS. |
| Thérapeutique et matière médicale | VIRES |

*Professeurs adjoints :* MM. DE ROUVILLE. PUECH, MOURET
*Doyen honoraire :* M. VIALLETON
*Professeurs honoraires :* MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT HAMELIN (✲)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

## Chargés des Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées | MM. VEDEL, agrégé. |
| Clinique annexe des mal. des vieillards. | LEENHARDT, agrégé. |
| Pathologie externe | LAPEYRE, agr. lib |
| Clinique gynécologique | DE ROUVILLE, prof. adj |
| Accouchements | PUECH, Prof. adj |
| Clinique des maladies des voies urinaires | JEANBRAU, agr. libr. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | MOURET, Prof. adj |
| Médecine opératoire | SOUBEYRAN, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. GALAVIELLE | MM. LAGRIFFOUL | MM. DERRIEN |
| VEDEL | GAUSSEL | MASSABUAU |
| SOUBEYRAN | RICHE | EUZIÈRE |
| GRYNFELTT Ed. | CABANNES | LECERCLE |
| LEENHARDT | DELMAS (Paul). | FLEIG, chargé des fonc |

## Examinateurs de la Thèse

| | |
|---|---|
| MM. VIRES, *président.* | MM. LAGRIFFOUL, *agrégé.* |
| GRANEL, *prof.* | LEENHARDT, *agrégé.* |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON MARI

R. LAME TOPOROFF.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR VIRES

A M. LE PROFESSEUR GRAÑEL

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAGRIFFOUL

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE

R. LAME TOPOROFF.

# AVANT-PROPOS

Arrivée à la fin de nos études médicales, nous adressons nos remerciements à ceux qui nous guidèrent sur la voie que nous suivons aujourd'hui.

La liste serait longue de tous ceux qui ont droit à notre gratitude, nous leur laissons le soin de se reconnaître dans l'hommage que nous leur adressons.

Nous remercions la Faculté de Médecine et tous ses maîtres pour nous avoir permis d'entrer dans la carrière qui avait toutes nos préférences.

A notre mère, notre sœur et notre frère, qui nous suivirent avec tant d'intérêt dans nos études, nous donnons l'assurance de tout notre dévouement.

# CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

# OBÉSITÉS DOULOUREUSES

## INTRODUCTION

Nous avons pris comme sujet de notre thèse, l'Etude clinique d'un cas d'Obésité douloureuse observé au service des maladies des Vieillards à l'Hôpital Général. Messieurs les professeurs Vires et Leenhardt ont bien voulu nous permettre d'étudier la malade dont l'observation se rattache aux questions actuellement à l'ordre du jours des Obésités polyglandulaires.

On nous pardonnera si nous n'avons réussi qu'à poser les termes du problème toujours attaché aux cas de cette catégorie. En l'absence des documents anatomo-pathologiques qui sont d'ailleurs trop rares dans les faits de cet ordre ; il nous eut été difficile d'aborder la série des discussions et déductions physio-pathologiques que d'autres plus compétents, pourront envisager après nous.

Dans la première partie de ce travail, nous essayons de préciser les caractères nosologiques des Obésités génita-

les, de l'adipose douloureuse de Dercum et du Myxœdème de l'adulte.

Dans la deuxième partie, nous rapportons l'observation clinique de la malade suivie de celle de deux autres cas analogues, antérieurement observés à la clinique de l'Hôpital Général.

Dans la troisième partie, nous envisageons les questions qui se rattachent au Diagnostic.

## CHAPITRE PREMIER

## OBÉSITÉS D'ORIGINE GÉNITALE

L'obésité s'observe chez la femme dans toute une série d'états fonctionnels ou de lésions de l'appareil génital.

1° Un premier type est l'obésité de la puberté : elle se présente d'une façon variable ; persistant souvent après que la fonction menstruelle s'est établie, ou disparaissant parfois au contraire aussitôt qu'elle est devenue régulière.

2° Un autre type est représenté par l'obésité post-nuptiale pour laquelle certains auteurs invoquent une congestion ovarique avec hyperfonctionnement, alors que d'autres incriminent une insuffisance par infection utéro-ovarienne.

3° L'obésité maternelle est très fréquente dans les premiers mois de la grossesse : chez la femme enceinte on sait que la graisse s'accumule dans tous les tissus et en particulier dans le foie. On sait que Mlle Deflandre a constaté dans toute la série animale une exagération de la fonction adipo-hépatique avant la reproduction (1).

D'autre part, divers auteurs, en particulier Maurel, ont fait jouer un rôle important à la cessation brusque de l'allaitement maternel (sevrage). D'après les calculs de

---

(1) Fonction adipo-génique du foie. Thèse des Sciences. Paris, 1903.

Maurel, le poids des corps gras mis en réserve chez la mère par la cessation de l'allaitement atteindrait 75 grammes par jour, soit plus de 2 kgr. par mois.

4° L'obésité de la ménopause nous intéresse plus spécialement, pour les obésités tardives que nous avons à étudier ici. On sait qu'elle coïncide avec une interruption des fonctions ovulaires et qu'elle se réalise ordinairement aux environs de la cinquantaine.

L'infiltration adipeuse coïncide avec des phénomènes congestifs, des sensations de chaleur et de suffocation, auxquelles peuvent se surajouter des phénomènes inconstants. C'est de cet ensemble variable de symptômes que la clinique, par l'emploi des opothérapies, a pu constater l'importance des synergies fonctionnelles et l'association variable aux troubles d'insuffisance ovarique, de certains autres troubles de sécrétion interne (corps thyroïde).

Mais même en l'absence des notions nouvelles fournies par les opothérapies, on était autorisé à penser que la pathogénie de cette obésité génitale n'était pas aussi simple que celle de la grossesse et du sevrage.

Sans doute la suppression de la perte menstruelle évite un appauvrissement du sang ; mais même en évaluant cette hémorragie à 150 ou 200 grammes, la diminution des albuminoïdes du sang ne dépasserait guère 30 grammes.

« C'est donc tout au plus 1 gramme par jour dont bénéficierait l'organisme de la femme, soit six fois moins que par la grossesse, et soixante fois moins que pour le sevrage. » (Maurel).

On est donc, semble-t-il, autorisé à penser que la suppression des hémorragies menstruelles suffit à expliquer les phénomènes de pléthore congestive de la ménopause, mais qu'elle ne saurait à elle seule expliquer l'apparition d'une surcharge graisseuse. Celle-ci ne serait pas due

seulement à la suppression du flux menstruel, elle résulterait d'un trouble dans les fonctions ovariques endocrènes chargées de régulariser les oxydations de l'organisme de la femme.

5° Obésité consécutive à l'ovariotomie. Il est hors de doute, depuis les constatations expérimentales et cliniques que l'ovariotomie trouble considérablement les échanges nutritifs et qu'en particulier l'obésité soit plus précoce et plus marquée. *Curatullo* et *Tarulli* dans des recherches déjà anciennes (1), avaient essayé de démontrer que les ovaires introduisaient dans le sang un produit de composition chimique tout à fait inconnu, mais présentant le caractère physiologique éventuel de favoriser l'oxydation des substances organiques phosphorées, des hydrates de carbone et des graisses.

Chez les chiennes castrées, Lévy et Richter ont montré que les échanges respiratoires diminueraient d'environ 20 0/0. Par l'administration d'extrait ovarique, ces échanges remontent à leur taux antérieur pour redescendre aussitôt qu'à cessé l'opothérapie.

*Charrin* et *Jardy* ont consacré également des recherches à l'influence de la castration sur le métabolisme de l'organisme ; ils ont recherché dans l'urine la modification des phosphates et de l'azote à la suite des essais expérimentaux suivants (2) :

1° Injection d'extrait d'ovaire de vaches et de juments à des cobayes, femelles normales. La proportion d'urée,

---

(1) Sur la sécrétion interne de l'ovaire. Annales d'obst. et de gyn., 1896.

(2) Charrin et Jardy. Action de l'ovaire sur la nutrition. Académie des Sciences, 1906.

d'acide phosphorique est plus considérable que chez les animaux témoins.

2° Influence de la castration sur l'élimination urinaire des lapines : l'urée et l'acide phosphorique sont diminués.

3° Action des extraits ovariques de jument injectés à des lapins castrés. L'urée et l'acide phosphorique, qui avaient diminué, remontent presque à leur taux normal.

4° Action de la greffe ovarienne sur l'action urinaire des lapins castrés : On obtient la même augmentation que précédemment.

5° Ralentissement des oxydations chez la femme enceinte. La comparaison des urines de femme enceinte avec celles de femme normale d'âge analogue et de même régime, montre que chez la première l'urée a diminué de plus de 6 grammes et l'acide phosphorique de plus d'un gramme.

6° Retour des oxydations au taux normal par l'opothérapie ovarienne : l'urée remonte presque à son taux normal et l'acide phosphorique y atteint.

7° Elimination urinaire chez la femme après ovariotomie (utérus conservé) : L'urée et l'acide phosphorique diminuent.

8° Elimination urinaire de la femme castrée soumise à l'opothérapie ovarienne : des injections de poudre d'ovaire représentant 2 grammes de glande fraiche par jour ramènent l'urée et l'acide phosphorique à un taux bien supérieur à l'état normal.

9° Elimination urinaire de la femme castrée et greffée : Plusieurs mois après la greffe, la menstruation étant redevenue régulière, la formule urinaire est normale.

Cet ensemble de faits autorise à penser avec vraisemblance que l'obésité de la ménopause surtout celle de la

ménopause précoce, est bien liée à un ralentissement de la nutrition due à l'insuffisance ovarienne.

Pour terminer ce chapitre nous nous contenterons d'indiquer que depuis longtemps Bouchard avait indiqué le ralentissement des oxydations chez la femme au cours de la vie génitale et il avait indiqué que la gestation lui paraissait une des causes les plus fréquentes de l'obésité.

Sur 51 malades observés, 8 avaient pour cause de leur obésité diverses maladies aiguës ou chroniques et 39 avaient présenté spécialement des modifications génitales:

| | |
|---|---|
| Apparition des menstrues | 3 |
| Dysménorrhée | 1 |
| Mariage | 8 |
| Première grossesse | 17 |
| Deuxième grossesse | 15 |
| Troisième grossesse | 2 |
| Quatrième grossesse | 2 |
| Ménopause | 1 |

Il nous reste à ajouter au sujet de l'insuffisance ovarique, qu'actuellement c'est au corps jaune plutôt qu'à la glande interstitielle qu'on attribue ce pouvoir régulateur et accédérateur de la nutrition.

En effet, si des auteurs comme Bouin et Limon ont minutieusement étudié dans l'ovaire du rat, du cobaye et du lapin, les cellules de la glande interstitielle, il est reconnu surtout depuis les recherches de Villemin (1), que cette glande interstitielle ne prend toute son importance que dans certains groupes (Rongeurs et Cheiroptères). Chez

(1) Villemin. Le corps jaune considéré comme glande à sécrétion interne de l'ovaire. Thèse Lyon, 1908.

les autres mammifères et en particulier chez la femme, son importance est minime.

La prépondérance du corps jaune a d'ailleurs été confirmée par les résultats obtenus dans certaines obésités de ménopause précoce à l'aide des extraits de corps jaune

Nous nous trouvons donc en présence de toute une série de faits tendant à démontrer l'existence d'une insuffisance ovarienne à type adipeux. Mais est-ce à dire que dans cette insuffisance, surtout de celle de la ménopause précoce et de l'ovariotomie l'ovaire soit seul en cause pour la production de l'adipose et des divers troubles fonctionnels surajoutés ? On ne saurait l'affirmer d'une manière absolue, ni d'après l'expérimentation, ni d'après la clinique.

*a*) *Expérimentalement*, les réactions synergiques des glandes vasculaires sanguines à la suite des ovariotomies commencent à peine à être connues. L'existence des relations ovaro-hypophysaires, ovaro-surrénales en particulier ne paraît pas douteuse, mais leur signification n'a pas été encore nettement élucidée par les expérimentations qui les ont constatées. Il n'est pas prouvé d'une façon certaine que le cortex surrénal et l'hypophyse réagissent par un état d'hyperthophie fonctionnelle prolongée plutôt que d'insuffisance.

*a*) *Cliniquement*, on sait que l'opothérapie thyroïdienne dans beaucoup de cas, et l'opothérapie hypophysaire dans des cas plus rares ont amélioré l'adiposité et les symptômes fonctionnels de certaines ménopauses.

Il semble donc que même dans ce groupe d'obésité génitale, d'apparence actuelle si homogène, il y ait peut-être place, avec le progrès des investigations analytiques pour la notion de synergie fonctionnelle et de suppléance des diverses glandes endocrines.

Il est probable que l'emploi méthodique des diverses opothérapies : ovarique, thyroïdienne, hypophysaire, dans des séries de cas cliniques assez nombreuses permettra d'entrevoir sur ce point des distinctions cliniques appréciables et utiles.

---

## CHAPITRE II

### L'ADIPOSE DOULOUREUSE (Maladie de Dercum)

Le neurologiste américain Dercum a proposé dans une série de publications de décrire sous le nom d'Adipose douloureuse un syndrôme caractérisé essentiellement par une infiltration adipeuse, des douleurs et de l'asthénie.

#### *L'Adipose*

Elle offre deux aspects : nodulaire et diffus.

1° La forme nodulaire est caractérisée par de petites tumeurs mobiles dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'une pomme. Elles ont bien la consistance pseudo-fluctuante du lipome. Elles apparaissent consécutivement à la phase d'œdême mou au début et affectent une répartition variable épargnant toutefois presque toujours les mains, les pieds, le cou et la face. Alors que pour certains auteurs (*Debove, Achard*) ces masses sont toujours symétriques, d'autres (*Renon, Heitz*) pensent au contraire que l'absence d'une symétrie absolue est un bon caractère.

2° Forme diffuse ; elle offre un œdême mou, légèrement déprimé même, mais qui ne forme pas de godet.

Cette adipose atteint certaines régions et respecte entièrement d'autres.

La face, les mains et les pieds sont toujours intacts et contrastent par leur maigreur avec le reste du corps. Le thorax est souvent indemne, sans l'être toujours cependant.

L'adipose prédomine nettement, au contraire à la racine des membres elle se porte de préférence sur les hanches, les cuisses et les bras, puis l'abdomen est envahi et ensuite les jambes et les avant-bras.

La masse graisseuse s'empare aussi assez souvent de la base du thorax. Tandis qu'à l'extrémité tronculaire l'infiltration graisseuse qui l'atteint, s'accentue graduellement, un bourrelet graisseux marque nettement la terminaison à l'extrémité d'un membre.

On dirait qu'une bride fibreuse s'oppose à l'invasion adipeuse et cette disposition caractéristique d'une extrémité normale faisant suite à un segment enflé a donné lieu à des comparaisons multiples (culotte de cycliste ou de valet de pied (Dupré), pantalon de zouave (Gilbert Ballet) pour les membres inférieurs, ou de manche à gigot, de manchette pour les membres supérieurs.

## II. *Les douleurs*

Les douleurs sont spontanées ou provoquées.

Les douleurs spontanées précèdent l'apparition de l'adipose, n'ont pas une localisation toujours superposable aux troncs nerveux et se manifestent par des fourmillements ou par des sensations de froid et de brûlure. Des périodes de calme et d'exacerbation se succèdent. Le repos au lit les calme presque toujours tandis qu'elles sont provoquées ou exagérées par la marche, les mouvements actifs, la lourdeur des vêtements, le changement de régime alimentaire, les variations thermiques.

Les douleurs provoquées sont très variables suivant les points et l'individu. Tantôt un effleurement superficiel suffit à les susciter et tantôt il faut une pression assez forte.

### III. *L'Asthénie*

L'asthénie est un symptôme qui existe toujours mais qui est très variable. Elle varie d'une sensation de faiblesse au début à un état de dépression morale et physique complète. Le malade dans ce dernier cas reste au lit pendant des jours entiers.

On a interprété cette asthénie de diverses façons : Certains comme Houël la considèrent comme un signe accessoire et qui résulte soit de l'abondance de l'adipose, soit de la douleur. Cependant on a observé des cas où une asthénie très marquée coïncide avec une douleur minime. L'asthénie s'observe dans la forme nodulaire limitée et d'après *Sabrazès*, elle peut aller jusqu'à l'astasie-abasie.

Cette triade symptômatique est à peu près constante. Mais autour d'elle se groupent des symptômes secondaires d'ordre variable.

(*a*) Troubles psychiques (neurasthénie, démence, agitation, délire).

(*b*) Troubles vaso-moteurs (varicosités, cyanose des extrémités, hémorragies cutanées ou muqueuses, échymoses au contact.

(*c*) Troubles sensitifs et sensoriels (céphalée, prurits, crampes, vertiges, diminution de l'ouïe, paralysies oculaires).

Ainsi défini dans ses éléments essentiels, le syndrome

décrit par Dercum et que cet auteur s'était efforcé de délimiter, serait au contraire pour d'autres auteurs, dépourvu d'autonomie.

Nous renvoyons pour cette question intéressante à la thèse récente de Poirier (1), qui a consacré un chapitre spécial à l'étude des affinités du syndrôme de Dercum.

On y verra que l'adipose douloureuse se confondrait d'une part avec la lipomatose symétrique douloureuse (théorie de Cheinisse et Berkowitch), d'autre part se relierait par toute une série de transactions aux obésités génitales.

Cette dernière assimilation est particulièrement intéressante pour notre sujet. Sicard et Roussy ont essayé de développer cette idée à l'aide des arguments suivants : « La maladie de Dercum est presque toujours une maladie de femme et débute à la ménopause. Chez l'homme de rares cas seulement ont été signalés ; il semble que l'insuffisance de la glande génitale puisse être invoquée à leur propos. Dercum nous relate un cas à la fois de tumeur du corps pituitaire et d'atrophie du testicule. Ordinairement le syndrôme serait lié à l'arrêt ou l'insuffisance de la fonction ovarienne. Dans plusieurs cas, certains chirurgiens ont observé l'apparition du syndrome consécutive à l'ovariotomie ancienne. » (2)

Et de fait, un certain nombre d'observations de malades ovariotomisés, réunies par Poirier, en particulier celle de Sicard et Roussy, Berkowitch paraissent témoigner d'un

---

(1) La maladie de Dercum. Revue générale et étude critique. Thèse Montpellier, 1910.

(2) Borde. Contribution à l'étude des rapports de la maladie de Dercum avec l'obésité simple. Thèse Paris, 1907.

lien étiologique manifeste entre une ménopause prématurée ou brusque et le début d'une adipose douloureuse.

Néanmoins, le rapprochement de ces faits ne paraît pas suffisant pour pouvoir généraliser une théorie ovarienne de l'adipose douloureuse.

Il semble donc qu'en l'état actuel des observations, on soit autorisé à maintenir provisoirement l'autonomie du syndrôme sous le titre d'adipose douloureuse, segmentaire, rhizomélique. C'est l'opinion récemment soutenue au point de vue clinique par Fenard (1), qui en exclue les formes nodulaires pour les rapprocher de la lipomatose multiple circonscrite. Mais toutefois, Fenard pour l'étiologie, se rallierait à une origine génitale.

A ce syndrôme ainsi maintenu nous pouvons reconnaitre actuellement une triple origine :

1° *Origine thyroïdienne.* — Dercum et après lui MM. Roux et Vitaut ont signalé l'hypothèse qui fait de l'adipose douloureuse une atrophie thyroïdienne. Cette hypothèse fut plus tard attaquée par Dercum lui-même. Roux et Vitaut qui en furent les principaux défenseurs pensaient qu'on pouvait considérer l'adipose douloureuse comme une forme frustre du myxœdème. Après eux on est allé même plus loin : Gauthier, Carducci (2), Guelfi et Fratti concluent que la maladie de Dercum, le goître exophtalmique et le myxœdème constituent une triade résultant de lésions thyroïdiennes primitives. Les troubles fonctionnels de la glande auraient un retentissement sur le système nerveux dont la réaction troublerait à son tour l'équilibre de la nutrition.

---

(1) Fenard. Adipose douloureuse. Thèse de Paris, 1911.

(2) Carducci. Il policlinico, 1901.

En réalité les arguments invoqués depuis Roux et Vitaut ne paraissent pas suffisants :

1° Les lésions histologiques du corps thyroïde dans l'adipose douloureuse, bien que portant à la fois sur le tissu conjonctif et les éléments épithéliaux sont peu marquées. Partout elles donnent l'impression d'être secondaires par rapport aux lésions ovariques et hypophysaires.

Dercum l'a fort bien noté dans ses récents travaux.

2° Sur le nombre déjà considérable de maladies de Dercum, l'opothérapie thyroïdienne très souvent appliquée a donné presque toujours des résultats médiocres ou nuls. D'ailleurs, le traitement thyroïdien fait maigrir habituellement les obésités banales ; et cela ne prouve nullement que l'obésité ordinaire soit d'origine thyroïdienne.

### *Théorie ovarieune*

Poirier lui a donné beaucoup plus d'importance et de valeur qu'à la théorie thyroïdienne, en s'appuyant d'une part sur les résultats souvent heureux de l'opothérapie, et d'autre part sur les lésions histologiques accentuées des ovaires.

Dans un des cas de Dercum, la lésion ovarique paraît plus accentuée que la lésion hypophysaire.

### *Théorie hypophysaire*

Elle a en sa faveur des faits de la plus haute importance, qui sont : d'ordre clinique, d'ordre expérimental, d'ordre histologique.

1° Arguments d'ordre clinique. — L'adipose simple, non douloureuse, fait partie fréquemment du tableau cli-

nique observé dans le développement de certaines tumeurs de l'hypophyse, qu'il s'agisse de néoplasies faisant disparaître la glande ou d'adénomes avec aspects d'hypersécrétion. Certaines lésions de la région hypophysaire (coup de feu, Madelung), ont parfois entraîné de l'adipose. Récemment, *Lannois* et *Cléret* (1) ont décrit sous le nom de syndrome hypophysaire adipo-génital un ensemble de caractères cliniques, assez dissemblables d'ailleurs, suivant les sujets qui en sont porteurs, et qui paraît en rapport certain avec des lésions hypophysaires variables (adénomes simples et néoplasies malignes). Il ne paraît pas qu'on puisse, à l'heure actuelle, dire que l'adipose d'origine hypophysaire correspond à un état d'hypo, d'hyper ou de para-sécrétion.

Ajoutons que certaines variétés d'acromégalies s'accompagnent parfois d'adiposes douloureuses.

2° Par contre, la physiologie expérimentale a donné dans ces deux ou trois dernières années des résultats, qui tendent à montrer que l'obésité serait bien plutôt un symptôme d'insuffisance hypophysaire.

La première observation d'hypophysectomie nette à ce point de vue est celle de M. le Professeur Livon (de Marseille (2), qui a réussi, après une hypophysectomie presque totale, à garder un chien adulte en vie pendant huit mois. L'animal présenta, à la suite de l'intervention, une adipose généralisée ne paraissant pas spécialement douloureuse ; en même temps, chute des poils, escarres, hypothermie. Les glandes vasculaires sanguines de ce

---

(1) Gazette des Hôpitaux, 1910.

(2) Livon et Peyron. Etat des glandes endocrines dans un cas d'hypophysectomie subtotale avec survie prolongée. Réunion Biologique. Marseille, 1911.

chien ont présenté des lésions d'une importance doctrinale considérable. Contentons-nous de signaler ici l'existence de tendances régénératrices dans le moignon hypophysaire et d'une atrophie complète du corps thyroïde. Ce cas n'est pas absolument simple au point de vue de l'interprétation de l'obésité, puisque l'animal a présenté en somme de l'insuffisance thyroïdienne, consécutivement à l'insuffisance hypophysaire. Mais, de toutes façons, c'est bien de déficience de la fonction hypohysaire qu'il s'agit ici et cette expérience fondamentale de Livon est contraire à l'idée d'une obésité par hyperhypophysisme.

Les faits de cet ordre, lorsqu'ils se seront multipliés, prendront une importance considérable dans l'interprétation pathogénique des obésités hypophysaires. Les physiologistes américains, du *John Hopkins Hospital* (1) de Baltimore, viennent d'en publier un nombre considérable, confirmant que l'ablation partielle du lobe glandulaire de l'hypophyse, entraîne des troubles du métabolismie qui aboutissent à l'adipose, et parfois à l'infantilisme.

3° *Constatations histologiques.* — Les lésions hypophysaires dans le syndrome de Dercum sont particulièrement fréquentes et paraissent prépondérantes. On trouvera l'exposé des lésions hypophysaires dans la thèse de Poirier. Les cas accompagnés d'une étude anatomo-pathologique paraissent encore rares ; l'ovaire offre parfois des lésions beaucoup plus marquées que celles du corps thyroïde ; mais il semble bien qu'on puisse considérer provisoirement les lésions hypophysaires comme prépondérantes et peut-être primitives.

---

(1) Cushing, Croove Homans. John Hopkins Hospital Bulletin, 1910.

Ainsi, la physiologie, la pathologie expérimentale, aussi bien que l'anatomie pathologique rendent vraisemblable l'origine hyppohysaire de certains cas d'adipose douloureuse, mais on ne saurait conclure de là à l'origine hypophysaire de tous les cas, ni surtout, dans un cas donné, au rôle exclusif de l'hypophyse. On ne sera fixé sur ce rapport que lorsqu'on disposera d'un nombre suffisant d'observations accompagnées à la fois, de documents anatomo-pathologiques précis et de données opothérapiques ; l'opothérapie thyroïdienne donne le plus souvent des résultats défavorables dans le syndrome de Dercum, l'opothérapie ovarienne échoue moins souvent, mais comme d'autre part, l'opothérapie hypophysaire n'a que quelques rares succès à son actif, le problème thérapeutique reste ouvert et la notion de synergie garde toute sa valeur.

Ainsi de cet ensemble de notions rapidement résumées nous croyons pouvoir conclure qu'il convient d'être éclectique. Assurément les légions hypophysaires rencontrées dans quelques autopsies peuvent paraître prépondérantes, mais les lésions ovariques ont également une importance non douteuse. Il faudrait donc une série plus nombreuse de cas accompagnés d'examens anatomo-pathologiques pour se prononcer sur le caractère primitif ou associé de toutes ces lésions. C'est pourquoi, les discussions engagées sur le terrain purement clinique au sujet de la délimitation et de l'indépendance du syndrome de Dercum, ne nous paraissent pas aussi fécondes en résultats, que les investigations anatomo-pathologiques dans chaque cas favorable. En somme, il s'agit d'un syndrome dont l'aspect clinique n'est pas uniforme ; les éléments de la triade symptomatiques pouvant varier ou faire défaut, ses lésions et

sa pathogénie sont faites de plusieurs facteurs encore difficiles à hiérarchiser et son étiologie n'est pas davantage univoque.

Examinons ce dernier point que nous avions jusqu'ici négligé : Dans de nombreux cas se trouve relaté le rôle de la ménopause ; mais dans certains, le syndrome s'est greffé sur une tuberculose en évolution. (Cas de Fettermann (1) ; de Massary (2) ; de Léon Bernard (3) ; ou sur un Ethilisme chronique avec névrite. (Cas de Le Meignen (4) ; de Tayor et Luce (5) ; de Denis et le Play (6) ).

On l'a vu succéder à un traumatisme (cas de Eshner (7) ; de Guidiceandrea (8) à une dystrophie osseuse, voisine de l'Ostéomalacie (Pennato) (9).

---

(1) Fettermann et Strickler. Maladie de Dercum dans un cas de tuberculose avancée. J. Médical Burlington, 1908.

(2) De Massary. Adipose douloureuse chez une tuberculeuse. Bullet. Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris, 1907.

(3) Léon Bernard. Adipose douloureuse d'origine tuberculeuse. Bull. Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris, 1907.

(4) Le Meignen et Levesque. Un cas de maladie de Dercum avec rémissions passagères chez un homme. Gazette médicale de Nantes, 1906.

(5) Taylor et Luce. A case of adiposis dolorosa Boston Médical journal, 1906.

(6) Denys et Le Play. Adipose symétrique et segmentaire chez une démente alcoolique et heredo-alcoolique. Iconographie de la Salpétrière, 1903.

(7) Eshner. A case of adiposis dolorosa. Philadelphia Médical journal, 1898.

(8) Guidiceandrea. Adiponi dolorosa. Rivista di Pathologia Nervose et Sperimentale, 1900.

(9) Pennato. Maladie de Dercum avec Ostéomalacie. Riforma medica, 1904.

L'association avec le goître exophtalmique n'est pas rare (cas de Roux) (1) ; de Ghelfi (2) ; de Jacquemet.

Ce dernier fait mérite d'autant plus d'être noté que l'Anatomie Pathologique des glandes endocrines autres que le corps thyroïde, dans la maladie de Basedow, est à peine ébauchée.

Aussi, dirions-nous volontiers, que vouloir ranger systématiquement dans un cadre nosologique défini, des faits anatomo-cliniques divergents ou distincts, serait une tentative laborieuse et inutile.

Ne vaudrait-il pas mieux reconnaître que la question a changé de face et qu'à la période de classification purement clinique du début, a succédé celle des investigations analytiques basées sur la Physiologie et l'Anatomie Pathologique dégagées d'idées préconçues ?

L'examen de certains cas de myxœdème où les diverses glandes endocrines ont été examinées, nous paraît devoir légitimer également ce point de vue.

---

(1) Roux. Maladie de Dercum et goître exophtalmique. Revue Neurologique, 1902.

(2) Ghelfi. Bolletino delle Cliniche, 1901.

## CHAPITRE III

## LE MYXŒDÈME

On peut observer à la ménopause, soit un myxœdème typique et complet, soit un myxœdème fruste (1).

L'un et l'autre présentent des points symptomatiques communs avec les variétés précédentes d'obésité douloureuse.

Dans la forme complète, on observe un œdème blanc, généralement peu dépressible, d'aspect caractéristique. Comme dans la phlegmatia alla dolens aussi, on trouve à son niveau une douleur pendant les premières périodes. Le froid augmente cet œdème, la pesanteur n'influe pas. Il a une tendance constante à s'étendre et à se généraliser.

Chaque région modifiée revêt un caractère spécial.

La face est élargie. Le visage paraît augmenté transversalement ; il est pâle, terreux, les pommettes sont un peu colorées et le malade a l'air, comme l'a dit Lannois (2), d'une « poupée de faïence ». Le front est ridé, les paupières gonflées, sont rendues presque transparentes par leur coloration porcelainique, les yeux sont pleurards ; le nez est aplati, épaissi ; les lèvres sont tuméfiées et éversées.

---

(1) Jacquemet. Du myxœdème. Thèse Montpellier, 1900.

(2) Lannois, Archiv. de méd. exp., 1889.

La peau durcie, ne peut plus être plissée sous les doigts de l'observateur. Le malade a un air immobile, triste, placide, comme s'il avait un masque de cire lui donnant ce que Gull (1) appelle « la face en pleine lune ». L'œdème dans certains cas, peut ne se porter que sur une partie du visage et donner lieu à une sorte d'asymétrie faciale.

Aux membres supérieurs, la main est devenue épaisse, matelassée, élargie transversalement. Cet épaississement est dû aux parties molles. Cette forme est la main « en forme de bêche » de Gull.

Le membre inférieur, lui, devient une véritable « colonne pesante et arrondie » (2) (Blaise). Les pieds deviennent énormes, la peau épaisse, rugueuse et luisante, desquamant par places.

Le cou est élargi, paraît court et est ridé à la nuque. On remarquera le même œdème sur le tronc. Les méplats et le relief ont disparu et des pelotons myxo-adipeux ont pris naissance dans les fosses sus-claviculaires. La taille paraît diminuée. Les muqueuses sont aussi atteintes que la peau : les gencives, la face interne des joues, le voile du palais sont très œdématiés, la langue est devenue énorme ; la muqueuse du larynx participe quelquefois au processus.

Il existe une tendance presque constante à l'hypothermie, de la cyanose et de l'algidité des extrémités ; les urines sont généralement hypotoxiques. A noter deux signes généralement négatifs : l'absence de glycosurie et d'albuminurie. Cette dernière n'apparaîtrait qu'à la période terminale.

---

(1) Gull. Clinical Society transactions, 1873.

(2) Blaise Archives de Neurologie, 1882.

## Le Myxœdème fruste

Chantemesse et R. Marie signalèrent les premiers une forme incomplète (ébauche du myxœdème) due à l'insuffisance relative *de la fonction thyroïdienne.*

*Thibierge,* peu après, insistait lui aussi sur l'apparition à l'époque de la ménopause, de troubles intellectuels (apathie, perte de la mémoire) accompagnés d'une bouffissure du visage et d'une diminution du volume du corps thyroïde.

Mais c'est surtout Hertoghe qui s'est attaché à démontrer l'existence d'un myxœdème fruste que la ménopause pauvait créer ou tout au moins déceler.

Ce myxœdème fruste, bien distinct d'après Hertoghe des prodomes du vrai myxœdème serait caractérisé par les signes suivants :

Une décoloration prématurée et généralisée de la chevelure qui devient fine, légère et tombe plus tard abondamment ; la dépilation des sourcils, la carie et la chute des dents qui présentent d'ordinaire des malformations et notamment la persistance des chicots de la première dentition ; des gencives gonflées saignant à la moindre occasion ; certaines manifestations hémophiliques, telles que métrorrhagies ; des varices non soumises à l'action de la pesanteur (face, joues, tempes, mains, thorax) ; de l'hypothermie, des frissons, de la cyanose, des sensations intermittentes de froid, de la laxité des ligaments articulaires, des calculs biliaires et congestion chronique du foie, une constipation rebelle.

On peut ajouter l'emphysème (signe de senilité pulmonaire d'après Hertoghe), qui amène une oppression d'intensité variable jointe à des palpitation cardiaques.

Hertoghe signale du côté du système nerveux, des signes rappelant en partie ceux du myxœdème vrai : tout d'abord de l'apathie : les malades sont somnolentes, fatiguées, languissantes, un rien les énerve, tout semble être au-dessus de leur force physiquement et moralement, le sommeil est lent à venir et n'est profond que sur le matin. La malade est sujette a des céphalgies qui partent de l'occiput et envahissnt la moitié correspondante du crâne.

Les névralgies sont aussi fréquentes, elles sont sous orbitaires, sacrées, dorso-lombaires, (dues le plus souvent à des troubles utérins) soit surtout une rachialgie spéciale entre les omoplates, s'aggravant la nuit, forçant la malade à se lever et ne disparaissant qu'au milieu du jour Enfin, il y aussi des douleurs musculaires et articulaires qui sont la plupart du temps attribuées à des rhumatismes.

On peut ajouter à cela une certain infériorité de la mémoire et des hallucinations de la vue et de l'ouie signalées par E. Murray (1) et que Hertoghe compare à celle de l'alcoolisme.

## DE LA PATHOGÉNIE DU MYXŒDÈME

Sous les deux formes précédentes, typique et fruste, le myxœdème acquis de l'adulte est rapporté exclusivement à une déficience de la fonction thyroïdienne. C'est l'opinion récemment reprise par *Léri* et *Rothschild* (2), dans leur description des formes frustes qui ne fait que con-

(1) E. Murray. British Medcal Journal (10 oct. 1898).

(2) Levi et Rothschild. Etudes sur la physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse. Paris, 1908.

firmer les idées anciennes d'Hertoghe. On a recouru depuis longtemps pour expliquer les troubles observés en clinique, à l'étude expérimentale de certains phénomènes de l'insuffisance thyroïdienne, tels que l'abaissement des oxydations, de la température, et la diminution de l'activité cardiaque.

Nous n'avons pas ici à aborder ce chapitre, dont la seule étude historique nous entrainerait trop loin, nous nous contenterons de résumer quelques notions récentes relatives au métabolisme des sels de calcium, dont on a voulu faire l'application à l'interprétation de certains symptômes.

*Haushalter* et *Guerin* (1) avaient noté dans un cas de myxœdème une élimination exagérée du calcium ; *Parhon et Papinian* (2) développant cette idée, ont pensé que l'insuffisance thyroïdienne pouvait entraîner des troubles du côté des tissus riches en calcium (dents, os) et du côté de la coagulabilité du sang (épistaxis). *Obregia*, *Parhon* et *Florian* (3) ont appliqué ces faits à l'étude clinique du myxœdème infantile. *Levi* et *de Rothschild* ont proposé de rattacher la constipation des myxœdémateux à un trouble de cette fonction calcifiante. Ils ont pensé également que l'asthénie et l'apathie intellectuelle pourraient être expliquées par une plus grande concentration des ions calciques des centres nerveux suivant les idées de *Sabattani* qui a essayé de préciser l'action sédative de ces éléments.

---

(1) Haushalter et Guerin. Troubles des échanges nutritifs dans le Myxœdème Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1902.

(2) Parhon et Papinian. Nota relativa la actiunea corpului tiroid si a ovaru lui in asimilarea calcelni. Romania medicata, 1904.

(3) Obregia, Parhon et Florian. Note sur un cas de Myxœdème infantile. Journal de Neurologie, 1905.

*Parhon* et *Goldstein* (1) ont fait remarquer que contrairement à l'opinion de Lévi et Rotschild cet élément devrait être diminué.

*Parhon* et *Cazacou* (2) ont proposé récemment de rattacher à ce même trouble du metabolisme calcique, l'infiltration adipeuse du myxœdème. Ils invoquent les résultats favorables obtenus dans certaines dermatoses telles que l'urticaire, l'eczéma par l'emploi des sels de calcium et rappellent que dans l'insuffisance thyroïdienne fruste, on trouve des œdèmes transitoires récemment décrits par Levi et Rothschild, lesquels pourraient servir de trait d'union entre les dermatoses précédentes et le myxœdème. Néanmoins, ces auteurs reconnaissent toute l'importance qui revient au facteur général de la diminution des oxydations dans la pathogénie de l'adipose myxœdémateuse.

Récemment aussi, *Silvestri* et *Tosati* (3), ont confirmé l'influence de l'opothérapie tyroïdienne sur l'assimilation du calcium, par l'étude de dix cas, dans lesquels il ne semblait exister aucune lésion thyroïdienne.

Tels sont les faits qui tendent à légitimer une relation entre l'activité thyroïdienne et l'assimilation du calcium : mais en ce qui concerne son mécanisme, nous ne sommes pas plus fixés que pour les actions générales du corps thyroïde sur les échanges azotés, sur les échanges phosphorés, les oxydations, l'activité cardio-vasculaire, et les fonctions nerveuses. Néanmoins, nous commençons à en-

---

(1) Parhon et Goldstein. Les Secrétions Internes. Paris, Maloine, 1909.

(2) Parhon et Cazacou. Sur un nouveau cas de trophœdème chronique. Nouvelle Iconographie de la Salpétrière, 1907.

(3) Silvestri et Tosati. Gazzeta degli Ospedali et delle Cliniche, 1907

trevoir grâce à l'expérimentation et à l'anatomie pathologique les relations synergiques du corps thyroïde avec les autres glandes endocrines.

A) *Marinesco* et *Parhon* (1) ont vu, chez le chien, que l'ablation de l'appareil thyro-parathyroïdien entraînait une diminution des graisses (lécithines) du cortex surrénal.

D'autre part, la même intervention produit dans l'hypophyse des modifications histologiques favorables à l'hypothèse d'une hyperplasie fonctionnelle et qui ont été vérifiées récemment par *Herring* (1910).

B) En dépouillant les observations de myxœdème, qui sont accompagnées de documents anatomo-pathologiques, nous avons relevé les cas suivants, particulièrement intéressants.

*Pisenti* et *Viola* (2) ont trouvé chez un sujet atteint de myxœdème une thyroïde strumeuse et une hypophyse hypertrophiée, cette dernière modification paraissant secondaire.

*Schönemann* (3) chez un jeune homme de 19 ans, opéré de goître par Kocher et mort de cachexie strumiprive, a trouvé une hypertrophie de l'hypophyse avec prédominance des chromophiles.

*Boyce* et *Beadles* (4), Burchhardt, ont publié des faits de même ordre.

*Comte* (5) a étudié dans un cas de myxœdème chez un

---

(1) Marinesco et Parhon. Note sur l'état de la graisse surrénale après thyroparathyroïdectomie. Réunion Biologique, Bucarest, 1908.

(2) Pisenti et Viola. Histologie normale et pathologique de l'hypophyse In Centralblatt für die Med. Winsenschaftt.

(3) Schonemann. Hypophysis und Thyroidea-Vircloro Archif, 1896.

(4) Boyce et Beadle. Journal of Pathology, 1893.

(5) Comte. Thèse de Lausanne, 1898.

enfant le corps thyroïde en dégénérescence graisseuse ; il y avait une hyperplasie hypophysaire.

*Ponfick* (1) a examiné deux cas de myxœdème ; dans le premier, le corps thyroïde en dégénérescence fibro-pigmentaire était réduit au quart du volume normal ; l'hypophyse était hypertrophiée.

Dans le second, le corps thyroïde était petit, scléreux ; l'hypophyse, siège de dégénérescence kystique et calcaire était en état d'hypofonction.

*Bayon* (2) trouve aussi l'hypophyse en hypertrophie dans un cas de crétinisme.

*Nazari* (3), dans un cas d'infantilisme myxœdémateux, découvre un kyste de l'hypoplyse.

*Calderara* décrit à nouveau un cas d'hypertrophie coexistant avec un atrophie thyroïdienne.

*Garbini* (4), dans une étude critique sur les relations de l'hpophyse et du corps thyroïde, conclut à une synergie plutôt qu'à un antagonisme.

Mais l'observation la plus intéressante est assurément celle de *Sainton* et *Rathery* (5). Elle se rapporte à un cas de myxœdème, dans lequel on trouve une tumeur de l'hy-

---

(1) Ponfich. Myxœdeme und Hypophysis Zeitschrift für Klinische Medicin, 1899.

(2) Bayon. Examen de l'hypophyse, de l'épiphyse et des nerfs périphérique dans un cas de crétinisme. Neurolog. Centralblatt, 1907.

(3) Nazari. Kyste de l'hypophyse et infantilisme. Policlinico, 1900.

(4) Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude du myxœdème post-opératoire avec considérations spéciales sur la fonction de l'hypophyse.

(5) Sainton et Rathery. Les insuffisances pluriglandulaires. Société Médicale des Hôpitaux, 1908.

pophyse et une atrophie des autres glandes endocrines. Il s'agissait d'une femme de 32 ans, et le myxœdème était ancien.

Dans une observation de Henry (1), cataloguée comme myxœdème, mais qui semble, en réalité, représenter plutôt une adipose de Dercum, on trouve à l'autopsie, avec un corps thyroïde en dégénérescence calcaire, un ovaire kystique et un hydrosalpinx du côté opposé.

Un cas vient d'être récemment publié par *Willige* (2), qui offre le même intérêt que celui de *Sainton*.

Telle est la série de faits d'une valeur documentaire indiscutable, que nous avons tenu à juxtaposer pour montrer que la physio-pathologie du myxœdème paraît actuellement s'élargir, et que les notions de synergie et de suppléance y prennent une importance croissante.

Quelque typique que puisse paraître un cas clinique de myxœdème, on n'est donc pas complètement autorisé à tenir pour négligeables les lésions et fonctions des diverses glandes endocrines et à s'attacher au seul corps thyroïde. L'étude des infantilismes montre d'ailleurs une évolution de même ordre ; et, en dépit des idées exclusives d'Hertoghe sur le rôle exclusif du corps thyroïde, on commence à connaître l'existence d'infantilismes surrénals hypophysaires, bien prouvée par des documents récents, et confirmée par l'étude de certains néoplasmes (3).

---

(1) Henry. Myxœdermatoïde dystrophy. Journal of Nervons diseases, 1891.

(2) Willige. Ueber Myxœdem und Hypophysentumoren Münchener medisinische Wochenschrift, 1910.

(3) Alezais et Peyron. Sur les caractères histologiques des cortico-surrénalomes avec troubles somatiques du développement. C. R. Société de Biologie, 1911.

## CHAPITRE IV

## OBSERVATIONS

Nous avons groupé ici les observations de trois malades étudiés dans ces dernières années, dans le service des maladies des vieillards de l'Hôpital Général, au titre de myxœdème ou d'adipose. La première seule est inédite ; nous la devons à l'obligeance de MM. les professeurs Vires et Leenhardt ; les deux autres ont été longuement développées dans l'excellente thèse de Jacquemet (1), si riche en documents. La troisième a d'ailleurs été reprise dans la thèse de Crémieux (2). Il nous a paru que leur juxtaposition était intéressante et utile pour l'étude critique de notre cas.

### Observation première

(Inédite)

Delamarre Julia, 56 ans. Entrée au service des maladies des vieillards, le 27 septembre 1911, pour asthénie à peu près complète. Ne peut plus se tenir debout depuis deux ans. Ne peut plus marcher depuis trois ans.

---

(1) Jacquemet. Du Myxœdème, Thèse Montpellier, 1900.

(2) Crémieux. Sur les lipomatoses symétriques douloureux. Thèse Montpellier, 1909.

*Hérédité. — Père mort,* maladie de cœur à 38 ans, tempérament scrofuleux, débile.

*Mère vivante,* 77 ans. Avait eu jusqu'à 60 ans une bonne constitution. Actuellement, aurait une affection caractérisée par des vomissements fréquents. Taille moyenne, grosse corpulence.

*Deux sœurs,* 55 et 52 ans.

*Aînée* (55 ans), mariée, un petit garçon. Serait actuellement bien portante.

*Deuxième* (52 ans), nerveuse depuis sa jeunesse (14 ans). Nature des crises indéterminée, ne paraissant pas comitiales. Crises auraient disparu depuis l'âge de 30 ans. Vaque actuellement à son ménage et est très active.

*Antécédents personnels.* — N'a jamais habité de pays à goître. Chloro-anémie dans l'enfance. Réglée à 13 ans et demi. On l'aurait soignée à l'âge de 20 ans pour un début de phtisie. Menstruation régulière, mais très faible. Leucorrhée. Aurait eu, à l'âge de 30 ans, une dermatose exsudative de nature indéterminée, qui dura dix-huit mois.

Entre 20 et 40 ans, la malade, dont les souvenirs sont peu précis, reconnaît avoir toujours été un peu forte. A l'âge de 40 ans, début d'adipose aux deux membres inférieurs ; la malade se souvient d'un bourrelet apparu à la cheville. L'infiltration gagna ensuite les deux cuisses. Néanmoins, la malade allait et venait à cette époque et s'occupait de son intérieur.

A 47 ans, ménopause ; à partir de cette époque, l'adiposité s'accentue et les douleurs rhumatismales apparurent aux genoux ; les membres supérieurs et le tronc s'infiltrèrent. A 50 ans, la malade fixe approximativement le début des phénomènes asthéniques dont le début remonte ainsi à six ans. Depuis trois ans, elle reste confinée au

lit ; elle a usé des béquilles pendant quelques mois sans grand avantage. Depuis un an, elle ne peut plus se tenir debout et ne peut plus coudre.

*Interrogatoire.* — Actuellement, au repos. Douleurs intermittentes dans le bras et les jambes avec irradiations. Sensation de froid, même pendant les fortes chaleurs.

Quelques vertiges. La malade dort assez bien. Appétit diminué surtout pour le lait.

Tendance à la constipation. Quelques palpitations. Hémorragies gingivales.

La malade a remarqué que depuis un an au moins, ses cheveux devenaient rares, cassants et tombaient. Depuis quelques semaines, la chute des cheveux s'accentue.

Crampes musculaires. Rachialgie.

*Examen*

Malade figée, immobile, faciès, pâle, porcelainique. Légère coloration aux pommettes, figure élargie transversalement. Quelques légères rides au front. Paupières légèrement enflées. Difficulté pour plisser les téguments. Poils rares, peau sèche, cependant dépourvue de squammes. Mains élargies, épaissies, légèrement cyanosées. Doigts en boudins ou plutôt en fuseaux.

Cou élargi, paraît raccourci, on ne trouve pas de traces du corps thyroïde par les procédés habituels d'exploration.

Fosses sus claviculaires disparues, comblées par des reliefs rebondis, homogènes.

Menton à triple étage.

Déformation de l'abdomen qui est élargi et forme tablier au dessous de l'ombilic. La paroi est épaissie, dure,

rendant la palpation peu facile. Légère réaction douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite. Déformation considérable aux membres inférieurs qui sont hypertrophiés, mais sans bourrelets. C'est à peine si au niveau des malléoles on trouve une ébauche de plis.

| | |
|---|---|
| Circonférence au niveau du genou ..... | 50 |
| — — malléole ..... | 32 |
| — — 1/3 inférieur cuisse..... | 55 |

La palpation surtout aux membres inférieurs est douloureuse sur toute la longueur, particulièrement au niveau des reliefs.

Le genou droit est beaucoup plus douloureux à la palpation, que le genou gauche. Pas de craquements, pas d'hydarthrose.

Sensibilité égale des 2 côtés du corps. Pas d'hypoesthésie en bande ou en bourrelet.

Légers tremblements au niveau des mains, surtout marqués à la fin de l'examen, lorsque la malade est fatiguée. Impossibilité de soulever spontanément les 2 membres inférieurs. Aux bras, l'impotence est moins marquée.

L'intelligence de la malade est relativement intacte. La mémoire paraît conservée quoique paresseuse.

Pouls régulier : 104. Pas d'arythmie, à la pointe souffle systolique, à propagation axillaire. Congestion des bases.

Légère anesthésie cornéenne.

Pas d'anesthésie pharyngeé.

En somme, pas de signes de la série basedowienne.

Pas d'exophtalmie.

Pas de palpitations.

Tremblement peu marqué.

Examen des urines :

| | |
|---|---|
| Quantité | 1.000 gr. |
| Réaction | Acide |
| Densité | 1.001 |
| Urée | 5 gr. 85 |
| Chlorures | 1 gr. 2 |
| Acide phosphorique | 0 gr. 60 |

On institue l'opothérapie thyroïdienne.

### Observation II

(Résumée d'après Jacquemet)

Veuve Daud..., 63 ans, marchande, née à Clermont-l'Hérault, entre à la clinique de maladie des vieillards, le 3 juillet 1895, où elle occupe le lit n° 14, de la salle Sainte-Marie.

*Antécédents héréditaires.* — Père et mère robustes, forts et travailleurs, morts de sénilité à 74 et 84 ans.

*Antécédents personnels.* — Réglée à 11 ans 1/2, se marie à 18 ans, sept enfants, dont 3 morts en bas-âge, ménopause toute naturelle à 52 ans. A 12 ans à la suite d'une chute accidentelle dans une rivière, pendant l'hiver, la malade a eu une première atteinte de rhumatisme articulaire aigu, assez violente, à 24 ans au sortir de la 4e grossesse, une seconde crise l'immobilise au lit, pendant 14 mois et l'anémie profondément. Cependant à 54 ans, elle était encore fort ingambe.

C'est alors que sous l'influence d'un coup de froid, elle éprouve quelques douleurs aux épaules et aux jambes, dans les articulations scapulo-humérales et du genou. Ses

bras prennent un volume considérable ; ils se garnissent d'une sorte de tissu clair et dur qui les bossèle.

De 54 à 58 ans, les épaules, puis les membres inférieurs sont envahis ; les formes deviennent monumentales, la marche difficile et traînante, la face s'épanouit. La peau devient sèche, tous les cheveux tombent.

A 58 ans, elle ne peut plus marcher qu'à l'aide de béquilles. Les cuisses sont en adduction forcée ; on ne peut les mettre en abduction. Les mains sont inhabiles, incapables d'aucun travail, les doigts étant énormes et le métacarpien luxé sur les phalanges ; l'impotence est telle, que la malade ne peut mettre son bras sur la tête. Après un séjour de quelques mois, à l'Hôpital-Suburbain, elle entre à l'Hôpital-Général.

A ce moment, c'est une myxœdémateuse typique. Elle en a l'aspect : en effet, elle a la « face en pleine lune », les joues sont élargies transversalement, les paupières tuméfiées, ses lèvres éversées et infiltrées, teint grisâtre et joues rouges. Les mains sont élargies, épaisses, carrées. Les membres inférieurs sont épais, sans retrécissements sus-malléolaires, ils sont tuméfiés. Au tronc, les dépressions, surtout les sus-claviculaires sont comblées. Le ventre gros et lourd, pend.

L'œdème n'est pas dépressible, la peau à son niveau est cireuse, sans poils, sans sueur et desquamée par places.

Les muqueuses buccales gingivales, sont gonflées ainsi que la langue.

La malade présente l'apathie physique du myxœdémateux ; elle vit au lit ou sur un fauteuil, ne peut rien faire seule. Il y a de la parésie générale.

Son intelligence est intacte, sa mémoire conservée, pas de troubles psychiques, la parole est très nette. La sensi-

bilité est intacte. La température axillaire va de 35°5 à 36°7.

Le pouls est dépressible, difficilement perceptible.

Les urines, analysées par M. le professeur agrégé Girard, ont donné le résultat moyen suivant :

Quantité de 24 heures : 825 centimètres cubes.

Densité 1010. Réaction acide.

Urée 15 gr. 2.

Acide urique 0 gr. 73.

Acide phosphorique 0 gr. 50.

Chlorures 4 grammes

Acidite, évaluée en Hcl, 0,89.

Donc diminution très nette de tous les principes constitutifs, sauf de l'acide urique qui est augmenté. Elles sont hypotoxiques, nécessitant une dose de 160 à 180 cm par kilog. de lapin.

Du côté de l'appareil digestif, anorexie, sensation de soif, constipation.

La thyroïde manque complètement.

La malade soumise au traitement thyroïdien, a vu son état s'améliorer assez rapidement. La toxicité urinaire s'est rapprochée de la normale. L'intelligence et la mémoire se sont un peu accrûes. L'impotence fonctionnelle a diminuée.

La malde mourut ultérieurement à la suite d'une congestion pulmonaire.

### Observation III

(Résumée d'après Jacquemet)

Wolf Jeanne, 40 ans, née à Paris, célibataire, taille 1 m. 45.

*Hérédité.* — Père vivant, 72 ans, a eu, à différentes reprises des crises de rhumatisme, très nerveux ; mère morte à 26 ans, des suites de couches ; un frère, vif et querelleur.

*Antécédents.* — Convulsions (vers intestinaux), jusqu'à l'âge de 14 ans. A été réglée à 11 ans. A accouché à 16 ans, d'un enfant mort-né, présentant des troubles trophiques, notamment l'absence des ongles. La ménopause est arrivée toute naturelle en septembre 1898. La malade a de tout temps été tenue pour une anémique, elle a, de plus, présenté à sept ou huit reprises des attaques de rhumatisme articulaire aigu, surtout aux genoux, la première atteinte à 17 ans. En 1894, elle a eu un point de côté qui nous paraît avoir été une douleur purement nerveuse, mais particulièrement violente et tenace.

La malade est entrée, le 20 juillet 1899, à l'Hôpital-Suburbain, et occupe le lit n° 31 de la salle Bichat (service de M. le professeur Carrieu). A ce moment, elle présente surtout des douleurs dans les bras, et la nuit, des crampes très douloureuses dans les jambes. Elle a remarqué qu'elle avait depuis l'hiver dernier des tremblements dans les doigts ainsi que des bouffées de chaleur. Le pouls est à 100 ; du côté du cœur, claquement diastolique à l'aorte, premier bruit apexien, légèrement affaibli, exophtalmie assez prononcée, le lobe droit thyroïdien paraît un peu volumineux. Le diagnostic de goître exophtalmique est porté.

L'exophtalmie existe, très appréciable : les yeux sont proéminents, le droit un peu plus que le gauche. Pas de diplopie. Pas de nystagmus ; pupille normalement dilatée. L'accomodation a lieu, mais fatigue assez rapidement la malade. Léger degré de photophobie ; ni larmoiement, ni

conjonctivite. Le signe de Joffroy est assez net. Signes de Stelwag ; de Græfe ; de Mœbins, positifs.

Palpitations, pouls instable, tension 15.

Tremblement généralisé, rythmique, d'amplitude variable, persiste au repos.

Rachialgie violente entre les épaules.

Arthalgies à l'épaule, au coude, au genou (hydarthrose).

Crampes musculaires, prurit.

Œdème blafard des membres inférieurs ne donnant pas le godet. Peau glabre, sèche, en dehors des crises sudorales basedowiennes.

A la face, œdème peu marqué, exophtalmie, regard fixe.

Chute du système pileux assez marquée depuis deux ans, dentition mauvaise.

Lenteur extrême des mouvements, de la parole et de l'intelligence.

Le traitement thyroïdien, appliqué à deux reprises, pendant plusieurs semaines, a entraîné quelques phénomènes d'intolérance (céphalée : exagération du tremblement et de l'insomnie). Consécutivement on a noté une augmentation de la quantité des urines, de l'urée et des chlorures. L'hypertoxicité des urines a fait place à l'hypotoxicité.

La température a augmenté, mais n'a dépassé qu'à 3 reprises 37°. Absence persistante d'albumine et de sucre.

Le traitement thyroïdien a paru produire ses effets habituels sur le poids, la température et l'œdème ; mais il a entraîné des phénomènes d'intolérance en exagérant les symptômes basedowiens.

L'observation de cette malade a été reprise dans la thèse de Crémieux ; mais l'impression clinique qui prédominait alors fut celle d'une maladie de Dercum plutôt que d'un Myxœdème avec associations Basedowiennes.

Les documents anatomo-pathologiques ont fait défaut.

## CHAPITRE V

### DIAGNOSTIC

Dans les observations d'obésité douloureuse analogues à celles rapportées dans ce travail, les diverses éventualités qui se présentent dans le diagnostic sont les suivantes : il convient d'exclure tout d'abord toute une série d'affections, entraînant une augmentation de volume des membres, et ensuite diverses dystrophies locales du tissu cellulaire sous-cutané dont la localisation est variable.

*Eléphantiasis.* — L'éléphantiasis des membres inférieurs pourrait stimuler la déformation dont nous avons fait une des caractéristiques dans notre adipose douloureuse, cependant, il est très rare que la confusion soit possible.

L'éléphantiasis par filaires ne se trouve qu'aux colonies, on remarque que les extrémités des membres sont plus enflées que les racines, l'œdème est dépressible ; il n'y a pas douleur, mais simple gêne, et si on examine le sang, on trouvera la filaire.

L'éléphantiasis nostras se manifeste par des poussées aiguës, douloureuses, des phénomènes généraux. L'infection cutanée causale (éryzipèle, ulcère variqueux) pourra être retrouvé. Enfin à la palpation, on n'a pas du tout l'impression de tissu adipeux. Toute confusion est donc impossible.

*Les œdèmes d'ordre nerveux.* — Les adiposes passagères de signification variable se manifestent dans les états hystériques, hémiplégiques, dans les névrites, les lésions de la moelle, la maladie de Baselow, adiposes qui se distinguent de l'adipose de Dercum, moins par leurs caractères physiques que ce sont les symptômes nerveux qui aident à classer les malades.

Sous le nom de *trophœdème chronique* héréditaire, Meige, en 1899, a écrit une affection définie par un œdème chronique, union bilatérale, indolore, siégeant principalement aux membres inférieurs. Par ces caractères, elle se rapproche de l'adipose de Dercum, mais ce qui l'en différencierait, ce serait que l'œdème n'y respecte pas l'extrémité et gagne de la jambe à la base des orteils. De plus, tandis que dans l'adipose douloureuse on a un œdème non dépressible, celui-ci est mou.

D'ailleurs, l'évolution clinique est aussi bien différente. C'est une affection familiale, héréditaire, congénitale et que le malade garde toute sa vie.

Mathieu a décrit sous le nom de *pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique,* une forme qui semble superposable par certains points au syndrome de Dercum. Les malades ont un œdème symétrique des jambes, épargnant les pieds et avec douleurs localisées. On se demande quel est le rapport qui unit le syndrome décrit par Mathieu, à l'adipose de Dercum, et en l'absence de constatation anatomique, nous ignorons la valeur et l'intérêt de ce diagnostic différentiel.

Sous le terme de *pseudo-œdème catatonique,* a été dépeint par Dide, un syndrome caractérisé par la localisation de l'œdème à la région dorsale du pied et à la partie inférieure des jambes. Ce syndrome s'accompagne de cyanose, asphyxie bilatérale, ecchymoses spontanées. *Dide* af

firme la coexistence de cet œdème et de celui de la maladie de Dercum bien qu'ils paraissent bien distincts par leur localisation.

Notre adipose douloureuse se distingue aussi de l'*œdème segmentaire* de *Debove* caractérisé par l'absence de douleurs, par l'âge des malades (20 à 25 ans), et par l'absence de troubles psychiques.

L'*akinésia algera* (impossibilité de se remuer sans douleur), décrite par *Mœbius,* en 1891, offre les caractères suivants : les mouvements sont douloureux et entraînent une douleur qui peut persister pendant plusieurs heures au repos. Les malades sont des sujets généralement pourvus de tares héréditaires, l'affection est de nature fonctionnelle psychique, il n'y a pas d'adipose en dehors d'une certaine coïncidence due au hasard. Les deux sexes sont également atteints, et l'affection guérit contrairement à ce que l'on observe dans le syndrome de Dercum.

*Dystrophies graisseuses* ou tissu cellulaire sous-cutané.

Prenons les signes distinctifs qui séparent l'adipose douloureuse des autres dystrophies graisseuses du tissu cellulaire sous-cutané.

Les principaux types isolés sont :

Les lipomes simples.

Les lipomatoses multiples.

L'adenolipomatose de Launois et Bensaude.

Les lipomatoses symétriques douloureuses.

Ajoutons ici la neuro-fibromatose (*maladie de Recklinghausen*).

Le *lipome simple*, lipome sous-cutané banal se rapproche davantages des tumeurs conjonctives, en général, que de l'affection qui nous occupe.

La *lipomatose multiple symétrique* circonscrite de *Crémieux,* lipomatose discrète de *Roch,* se différencie nette-

ment de l'adipose douloureuse segmentaire, par le caractère de ses tumeurs, petites, circonscrites et indolores, par son siège aux avant-bras, cuisses, ceinture, par sa prédominance chez l'homme, par l'âge de son apparition : enfance, puberté ; par son évolution lente, parfois régressive, par l'absence habituelle d'asthénies, de troubles psychiques, d'hémorragies.

Avec l'*adenolipomatose à prédominance cervicale de Launois et Bensaude*, la confusion est impossible en raison de cette prédominance même, bien qu'il existe quelques faits avec extention de la lipomatose aux bras et aux membres inférieurs. Mais cette forme ne se différencie pas seulement par sa prédominance cervicale, mais encore par sa fréquence, chez l'homme, par l'absence d'asthénie, de troubles psychiques et hémorragies, par ses rapports avec l'appareil lymphatique.

La *lipomatose symétrique douloureuse* offre le plus souvent, un début insidieux et très lent. Il s'agit de jeunes, d'adultes jeunes, les lipomes sont mous et mal délimités, leur distribution est rigoureusement symétrique, les douleurs spontanées font défaut.

Il est a noté que malgré ces caractères distinctifs entre les obésités douloureuses de la ménopause et la lipomatose symétrique douloureuse, certains auteurs, *Cheinisse Berkowitch*, on essayé de confondre l'adipose douloureuse de Dercum avec cette dernière affection Ils font remarquer en particulier, que le mode de début est insidieux pour les lipomes comme pour l'adipose, que si l'âge d'apparition des premiers (20 à 35 ans), diffère pour la seconde (40 ans), il existe, cependant des cas d'adipose chez des sujets jeunes ; d'ailleurs, l'âge ne saurait suffire à établir une distinction entre 2 lésions. La symétrie des lipomes, d'ailleurs inconstante (*Queinnec*) ne constitue pas un ca-

ractère, puisque l'adipose est souvent symétrique. Le principal argument en faveur de la distinction est la douleur, la lipomatose étant indolore ; or, certains auteurs ont signalé dans la lipomatose des douleurs, des névralgies, des névrites (Freber, Mathieu, Bucquoy, Bouju). On ajoute, enfin, que l'influence du traumatisme et de la ménopause a été signalée (*Kottnitz*) dans la lipomatose. Il résulterait de toutes ces considérations que la forme nodulaire de l'adipose douloureuse ne devrait pas être considérée comme un type morbide distinct de la lipomatose symétrique douloureuse.

Nous avons tenu à mentionner ces affinités symptomatiques, qui, comme on le voit, sont encore discutées, mais il est bien évident que dans l'adipose, diffuse de notre malade, le diagnostic avec la lipomatose symétrique douloureuse ne se pose pas. D'autre part, il est bien évident que l'évolution clinique de cette affection est bien distincte de celle de l'adipose de Dercum et du myxœdème.

La *neuro-fibromatose* (maladie de Rechlinghausen). Il s'agit d'une affection nodulaire ; dans laquelle les nerfs présentent sur leur trajet des tumeurs dures de résistance fibreuse.

La peau offre des taches pigmentaires, l'étiologie est ordinairement congénitale.

Toutefois, il faut noter une forme mise en évidence par *Francis Harbitz* (1), professeur d'anatomie pathologique à Christiania et qui est susceptible de stimuler les adiposes non nodulaires. C'est la *forme éléphantiasique* caractérisée par un véritable pachydermocèle analogue à celui du myxœdème ; mais intéressant souvent la face (cas 7 et 8 de Harbitz), qui est habituellement épargnée dans l'adipose de Dercum.

Ici encore, le caractère familial et héréditaire évitera l'erreur (observation 9 de Harbitz : 5 générations).

Toutes les affections précédentes ayant été éliminées, il ne nous reste plus pour classer notre observation que les trois groupes suivants :

1° Obésités simples ou douloureuses de la ménopause.

2° Adipose segmentaire douloureuse de Dercum.

3° Myxœdème.

Nous n'avons pas retenu le rhumatisme chronique thyroïdien (suivant les conceptions de Vincent et de Levi-Rotschild) ; parce que les manifestations articulaires douloureuses sont vraiment ici à l'arrière-plan.

1° Tout d'abord, nous ne pensons pas que ce cas puisse être classé parmi les obésités ordinaires banales. Il est bien vrai que beaucoup de femmes obèses à la ménopause présentent des douleurs au niveau des régions adipeuses, mains nous nous trouvons ici en présence d'un syndrome dystrophique singulièrement plus grave que celui des ménopauses les plus pénibles. Dans celles-ci, l'asthénie complète de notre malade, fait toujours défaut.

2° Pourrions-nous la ranger sous le vocable de maladie de Dercum ? Rien ne s'y opposerait semble-t-il à priori ; puisque nous avons la triade symptomatique. (Adipose, douleur, asthénie). On sait d'autre part que les troubles psychiques, peu marqués ici, ont été toujours considérables comme accessoires dans le syndrome (*Gilbert Ballet, Joffre*) (1).

A vrai dire, les douleurs n'ont pas ici l'intensité quelles présentent ordinairement ; aussi bien spontanément qu'à la palpation. Mais, ce caractère atténué, ne saurait suffire

---

(1) Joffre. La maladie de Dercum. Thèse de Paris, mai 1907.

ici pour exclure le syndrome de Dercum, puisque certains auteurs, Timm (1), Borde (2), ont proposé précisément de considérer les manifestations douloureuses comme accessoires.

D'autre part, l'asthénie ne nous paraît pas fournir d'arguments favorables ou défavorables à l'assimilation étant donné son extrême variabilité dans le syndrome. Restent, en dernier lieu, la topographie et l'évolution de l'adipose. Il s'agit là de caractères qui nous paraissent autrement importants ; *Dercum* ayant depuis longtemps insisté sur ce fait que certains territoires doivent être complètement respectés. A la vérité, on sait bien que l'intégrité des extrémités et de la face, n'est pas absolument rigoureuse, et que beaucoup d'observations d'adipose diffuse, font partie du cadre du syndrome. Nous n'ignorons pas qu'on a décrit des cas de transition entre l'adipose segmentaire à type pur et les lipomatoses symétriques d'une part, les lipomatoses nodulaires simples d'autre part. Mais nous continuons volontiers à penser que cette distribution segmentaire et l'intégrité des extrémités reprennent toute leur importance, lorsqu'il s'agit, par exemple, du diagnostic différentiel avec le myxœdème. C'est en effet, avec ce dernier que notre observation nous paraît présenter le plus d'affinités symptomatiques.

3° Le *Myxœdème,* a en sa faveur :

*a*) Des signes actuels ;

*b*) L'évolution générale.

a) *Signes actuels.* — Nous retiendrons spécialement :

---

(1) Thimm. Adipontas dolorosa und schmeryen de symmetrische Lipome. Monatsh f. praht Dermatologie, 1903.

(2) Borde. Thèse de Paris, 1907.

1° Le faciès : fait d'une œdème porcelainique avec légère congestion des pommettes.

2° L'absence du corps thyroïde à la palpation.

3° La déformation des membres qui sont lisses et dépourvus de bourrelet ; l'infiltration de la face et du cou.

4° La voix enrouée, en crécelle.

b) *Evolution.* — Elle semble pouvoir être divisée en deux périodes :

1° Période préliminaire d'Hypothyroïdie, de 30 à 47 ans où on noterait :

Des mentrues peu abondantes ;
La leucorrhée ;
La constipation ;
La sensibilité au froid ;

une dermatose exsudative ayant duré plus d'un an, et le début de l'adiposité.

2° Période actuelle d'insuffisance thyroïdienne aggravée, qui s'ouvre avec la ménopause, et aboutit à l'impotence.

Nous pensons ainsi qu'actuellement notre malade participe bien plus du myxœdème que de l'adipose douloureuse ; et il est vraisemblable que l'opothérapie thyroïdienne confirmera ce rapport. Mais d'autre part rien ne nous autorise à penser que l'insuffisance thyroïdienne est exclusivement en jeu. Nous ne croyons pas davantage que cette impression actuelle, purement clinique soit destinée à demeurer identique. Il est possible que l'évolution ultérieure, accentuant les phénomènes douloureux, nous rapproche davantage du syndrome de Dercum. Rappelons que la malade qui fait l'objet de l'observation III, sous le titre de myxœdème avec association basedowienne a pu

être classée postérieurement au travail de Jacquemet dans l'adipose de Dercum.

Néanmoins, il nous semble qu'avec l'imprégnation myxœdématème, beaucoup plus accentuée dans le cas I que dans le cas III, une telle évolution est peu vraisemblable.

## CONCLUSIONS

I. Dans les obésités génitales de la ménopause et de la castration, le rôle prépondérant de l'insuffisance ovarienne n'exclue pas l'importance des troubles fonctionnels dus aux autres glandes endocrines et que l'emploi des opothérapies combinées commence à mettre en évidence.

II. L'adipose douloureuse de Dercum est un syndrome clinique en rapport avec des lésions associées de l'hypophyse, de l'ovaire et du corps thyroïde.

III. L'examen d'un certain nombre d'observations du myxœdème, montre que les lésions thyroïdiennes n'y sont peut-être pas toujours exclusives et peuvent s'associer à des lésions des autres glandes endocrines.

IV. L'observation Première rapportée dans ce travail se rapporte plutôt au point de vue symptomatique du myxœdème qu'à la maladie de Dercum ou aux obésités génitales simples. L'opothérapie thyroïdienne nous paraît donc justifiée ; néanmoins, en tenant compte des faits précédents nous ne sommes pas en mesure d'affirmer qu'il s'agit seulement d'une déficience des fonctions thyroïdiennes.

---

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 16 décembre 1911.
*Le Recteur,*
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 16 décembre 1911
*Le Doyen,*
MAIRET.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*